



INSCRIPTION AU SÉJOUR HIVER 2026

Afin d'inscrire votre enfant au séjour hiver 2026, merci de compléter le dossier ci-dessous et de joindre **obligatoirement** :

☐ Le dossier complet :

- Fiche d'inscription,
- Dossier ALSH uniquement si votre enfant n'est pas inscrit au centre.
 - Attestation d'assurance extrascolaire
 - Attestation CAF mentionnant le quotient familial

☐ Le règlement de la totalité du coût du séjour (plusieurs chèques possibles à l'ordre du Trésor Public)

Inscriptions jusqu'à épuisement des places (107)

Dossier à rendre avant le 28 novembre.

Pour que l'inscription de votre enfant soit prise en compte, votre dossier devra être complet. Vous recevrez un mail de confirmation.

Coordonnées :

A.L.S.H. « Les enfants de Mérindol »

Groupe scolaire Les Oliviers

84360 MERINDOL

Tel : 04.90.72.93.59

Réglé le :/...../2025 par

FICHE D'INSCRIPTION AU SEJOUR HIVER 2026

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Adresse :

.....

N° de téléphone portable :

N° de téléphone en cas d'urgence :

Je soussigné(e) Mme, M.mère, père, tuteur, autorise ma fille,
mon fils à participer au séjour organisé par l'ALSH de Mérindol, à
Seyne les Alpes **du 22 au 27 février 2026 pour les enfants de 6 à 17 ans.**

A cette occasion, j'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le programme
du séjour et m'engage à signaler tout problème médical.

J'autorise, en cas d'urgence, le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires.

Dans le cadre du droit à l'image, les enfants sont susceptibles d'être photographiés et/ou filmés
pendant le séjour afin de les partager avec vous durant un moment convivial, merci de bien
vouloir nous informer de votre accord ou désaccord à ce sujet :

☐ J'accepte que mon enfant soit filmé ou photographié.

☐ Je n'accepte pas

SIGNATURE :

Mère, Père, Tuteur.

Réglé le :/...../2025 par

Tarifs du séjour ski 2026

Tranche		Revenus	Tarif du séjour ski par enfant
Tranche A		> 1496 €	345 €
Tranche B		Entre 997 et 1496 € inclus	290 €
Tranche C		Entre 797 et 996 € inclus	270 €
Tranche D		Entre 401 et 796 € inclus	245 €
Tranche E		<401€	215 €

Réglé le :/...../2025 par

L'ÉLÈVE :

Nom de l'élève :

Prénom(s) de l'élève : Sexe : ☐ F ☐ M

Né(e) le :/...../..... à : Nationalité :

Classe fréquentée cette année : Classe fréquentée l'année dernière :

Dans quelle école (si autre que Mérindol) :

L'enfant a-t-il déjà effectué une prolongation de scolarité (maintien ou redoublement) ?

☐ Oui, à quel niveau ? ☐ Non**LES PARENTS OU REPRÉSENTANT LÉGAUX :**

	PÈRE	MÈRE
	Nom :	Nom usuel :
		Nom de jeune fille :
	Prénom :	Prénom :
Adresse (si séparés ou divorcés mettre les deux adresses)		
Mail		
Téléphone portable		
Profession et CSP		
CAF	☐ CAF N° allocataire : ☐ MSA N° allocataire :	

➤ TOUTE MODIFICATION (ADRESSE, NUMÉRO DE TÉLÉPHONE...), DEVRA ÊTRE SIGNALÉE.

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :☐ Mariés ☐ Vie commune ☐ Séparés ☐ Veuf ou veuve ☐ Pacsés*En cas de divorce, quel est le mode de garde ?*☐ Résidence chez la mère ☐ Résidence chez le père ☐ Garde alternée ☐ Autre :

➤ En cas de séparation ou de divorce, veuillez fournir la copie du jugement, prononcé par le juge, concernant la garde des enfants (à fournir tous les ans)

COMPOSITION DE LA FAMILLE : (Nom, Prénom, et année de naissance des frères et sœurs)

.....

.....

.....

ASSURANCE SCOLAIRE : (à compléter si le contrat est déjà souscrit et **fournir une attestation**)

Nom de la société ou mutuelle	
Numéro de contrat	

ÉLECTIONS DES PARENTS D'ÉLÈVES :

- ☐ J'autorise l'école à communiquer les coordonnées des deux parents pour les élections des représentants d'élèves.
- ☐ Je n'autorise pas l'école à communiquer les coordonnées des deux parents pour les élections des représentants d'élèves.

URGENCES ET PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM, PRÉNOM, LIEN AVEC LES PARENTS	TÉLÉPHONE

Médecin de famille : Nom ----- Prénom -----
Tel : -----

J'autorise les enseignants à prendre les mesures d'urgences qu'ils jugeraient nécessaires en cas d'accident ou de maladie	☐ oui ☐ non <u>Signature</u> :
---	--

Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (problème de santé, allergies, lunettes, appareil dentaire, troubles, PAI...)

----- ----- ----- ----- -----

AUTORISATION DE SORTIE À LA FIN DES COURS POUR LES ENFANTS EN ÉLÉMENTAIRE :

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à son domicile : ☐ oui ☐ non

MANUELS SCOLAIRES EMPRUNTS :

L'école fournit à votre enfant un ou des livres (manuels, récits...). En outre, il lui est possible d'emprunter des livres de bibliothèque.

Je soussigné(e) Mr, Mme -----, m'engage en cas de perte ou de détérioration, à rembourser ou remplacer les manuels scolaires ou les livres de bibliothèque fournis ou empruntés par mon enfant. <u>Signature</u> :
--

SIGNATURE OBLIGATOIRE :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :